

重度障害者医療証交付等申請(届出)書

(申請(届出)先)茨木市長

- 所得額(世帯)について、私及び私の世帯の市民税課税台帳及び前住所地で発行された所得証明書等を茨木市長が確認することに同意します。
- 適用の要件となる私の保険、個人番号、障害情報、年金情報、手当情報等について、茨木市長が確認することに同意します。

申請者 (対象者)	住所	茨木市
	氏名	
	電話番号	— —

※本申請書の提出者が申請者(対象者)と異なる場合は、申請書提出者欄に記入してください。

次のとおり医療証の交付等を申請(届出)します。

対象者		住所	茨木市
		氏名	
		生年月日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日
		個人番号	
通知先	<input type="checkbox"/> 対象者	住所	〒
	<input type="checkbox"/> その他 ()	氏名(フリガナ)	
		電話番号	— —
申請理由	<input type="checkbox"/> 適用	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入() <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 資格更新 <input type="checkbox"/> 資格変更(→) <input type="checkbox"/> 通知先 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 廃止	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 他公費移行 <input type="checkbox"/> 証回収 <input type="checkbox"/> 職権削除 <input type="checkbox"/> その他()	
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 対象者	住所	〒
	<input type="checkbox"/> その他 ()	氏名(フリガナ)	
		電話番号	— —

(事務処理欄)

異動年月日	年 月 日	受給者番号	
助成対象区分	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 身体+療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病		
適用理由及び変更内容	手帳等の種類	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	年 月 日 ~ 年 月 日
		療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1	年 月 日 ~ 年 月 日
		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級	年 月 日 ~ 年 月 日
		受給者証 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 特定疾患	年 月 日 ~ 年 月 日
		重度障害判定資料 <input type="checkbox"/> 障害年金1級 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当1級	年 月 日 ~ 年 月 日
加入医療保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 他国保 <input type="checkbox"/> その他()	
	保険者番号	保険者名	
	記号	番号	
	取得日	年 月 日	被保険者名
備考	(受付印)		

添付資料	<input type="checkbox"/> 手帳等 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 所得証明
所得判定	<input type="checkbox"/> 所得制限内 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 未申告等
証発行期間	~
証発行日	<input type="checkbox"/> 入力済() <input type="checkbox"/> チェック済()